

Firmenname – Straße – PLZ - Ort

Adresse Arbeitnehmer

Kurzarbeit NULL

Ort, den 20.04.2020

Versicherungsschein-Nr.:

Sehr geehrte _____,

hiermit teilen wir Ihnen mit, dass wir aufgrund der Kurzarbeit Ihre Direktversicherung Vers.-Nr. _____ bei der _____ Lebensversicherung ab dem _____ beitragsfrei stellen müssen.

Da wir „**Kurzarbeit Null**“ beantragt haben, erhalten Sie zukünftig kein Gehalt mehr, sondern eine Lohnersatzleistung (Kurzarbeit Null).

Wir möchten Sie heute über die Folgen dieser Beitragsfreistellung durch „Kurzarbeit Null“ informieren.

Wir widerrufen unsere beitragsorientierte Leistungszusage für Ihre betriebliche Altersversorgung ab dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung.

Hiermit erlöschen sämtliche zukünftigen Ansprüche aus der Zusage auf weitere Beitragszahlungen. Die Versorgungsleistung aus der Zusage bemisst sich zukünftig an der Versicherungsleistung des beitragsfrei gestellten Versicherungsvertrages.

Ebenso erlischt der darin enthaltene Versicherungsschutz, bspw. eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit.

Es ist Ihnen bekannt, dass durch die komplette Beitragsfreistellung Ihre Absicherung bei Berufsunfähigkeit komplett ausfallen wird.

Es ist Ihnen bekannt, dass Sie Ihre Absicherung bei Berufsunfähigkeit (Beitragsfreistellung) spätestens nach ____ Monaten (Frist gemäß geltender Versicherungsbedingungen Ihres Versicherers) ohne Gesundheitsprüfung wieder auf den vollen Beitrag aufstocken können. Bitte beachten Sie hierbei, dass Sie Ihren bisherigen Versicherungsschutz nur durch die Beantwortung neuer Gesundheitsfragen (neue Gesundheitsprüfung des Versicherers) wiedererlangen können

Wichtig! Sie können Ihren Vertrag, insbesondere Ihren darin enthaltenen Versicherungsschutz aufrechterhalten, indem Sie Ihren Vertrag mit eigenen (reduzierten) Beiträgen weiterführen.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber

Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie die private Weiterführung des Vertrages mit einem Beitrag in Höhe von _____ Euro monatlich, sowie die Kenntnisnahme der vorgenannten Sachverhalte.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Sie erhalten nach Durchführung Ihres Änderungswunsches einen geänderten Versicherungsschein zu Ihrer Information.

Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie die Beitragsfreistellung und die Kenntnisnahme der vorgenannten Sachverhalte.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer